

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° 228

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul VOYER

Né à Machecoul (Loire-Inférieure), le 5 juillet 1891

DE LA NATURE BACILLAIRE

DE

L'ÉRYTHÈME NOUVEUX

Essai de démonstration clinique

Président : M. LABBÉ, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

228

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul VOYER

Né à Machecoul (Loire-Inférieure), le 5 juillet 1891

DE LA NATURE BACILLAIRE

DE

L'ÉRYTHÈME NOUEUX



Essai de démonstration clinique

Président : M. LABBÉ, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	N.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de notre affection.

A MON GRAND-PÈRE

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

A MA FAMILLE, A MES AMIS

A Monsieur le Docteur MIRALLIÉ

Directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes

Médecin des Hôpitaux de Nantes

*Témoignage de notre
reconnaissance.*

A NOS MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

MESSIEURS LES MÉDECINS, CHIRURGIENS

ET ACCOUCHEURS DES HOPITAUX
DE NANTES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur MARCEL LABBÉ

Professeur de Pathologie et Thérapeutique générale
à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital de la Charité
Chevalier de la Légion d'honneur

DE LA NATURE BACILLAIRE DE L'ÉRYTHÈME NOUEUX

Essai de démonstration clinique

INTRODUCTION

La nature bacillaire de l'érythème noueux n'est plus guère discutée actuellement. Les travaux de Landouzy et Chauffard ont mis la question au point. Il nous a pourtant semblé intéressant d'apporter à cette étude, l'appoint de plusieurs observations recueillies au cours d'une carrière bien remplie par un médecin de campagne qui nous touche de près et qui, dès 1895, avait pressenti la nature bacillaire de l'érythème noueux. Les travaux absorbants d'un praticien ne lui ont pas permis de rechercher les preuves anatomo-pathologiques, bactériologiques ou expérimentales. Nos observations sont donc basées uniquement sur des faits cliniques.

Les premières en date ont déjà été présentées dans la thèse de Mabire (Paris, 1914). Nous ne les reproduisons pas, signalant seulement celles auxquelles une

nouvelle destinée des sujets donne un regain d'intérêt.

Nous sommes heureux d'adresser à M. le Professeur Marcel Labbé qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse le témoignage de notre reconnaissance très respectueuse.

Nous remercions notre camarade Leinberger qui a bien voulu nous communiquer une observation et le résultat de ses recherches.

SYMPTOMATOLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — ÉTIOLOGIE

L'érythème noueux est un syndrome morbide caractérisé par une éruption pourprée nodulaire infiltrant le derme.

Chaque élément nodulaire est constitué par une masse indurée, rouge ou violacée, du volume d'une cerise ou d'un œuf de pigeon, assez bien limitée, enchâssée dans le derme et le tissu cellulaire sous-cutané.

Les nodosités douloureuses spontanément ou seulement à la pression, parfois confluentes, volontiers symétriques siègent surtout aux membres, plus rarement au cou, à la face et au tronc.

Leur nombre est fort variable. La nodosité peut être unique.

L'éruption s'accompagne généralement d'une élévation thermique plus ou moins accentuée. La fièvre peut précéder l'éruption, atteindre son maximum à son apparition, puis tendre à la défervescence.

Des arthralgies sans déformation peuvent accompagner ou précéder l'éruption nodulaire.

Il existe enfin fréquemment des troubles gastro-intestinaux légers.

La durée de l'éruption et des manifestations qui l'accompagnent est d'une dizaine de jours. La nodosité se ramollit, devient moins bien limitée. Sa teinte subit l'évolution d'une ecchymose. Les arthralgies disparaissent. La fièvre cède. Tout semble rentrer dans l'ordre.

La nodosité de l'érythème noueux ne peut être confondue avec la gomme tuberculeuse ou la gomme syphilitique. Les gommes ne présentant la teinte pourprée de l'érythème noueux qu'au moment de s'ulcérer, évolution que ne subit jamais le nodule.

L'érythème induré de Bazin est caractérisé par sa chronicité et son apparition chez la jeune fille.

Histologiquement le nodule est une lésion inflammatoire aiguë à prédominance vasculaire et périvasculaire. Le maximum des lésions est dans les couches superficielles de l'hypoderme au contact du derme dans lequel elles se prolongent par des traînées cellulaires le long des vaisseaux et des glandes sudoripares. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de fibrine et de leucocytes. L'épiderme est intact.

L'érythème noueux est une manifestation de tous les âges. Une hygiène défectueuse semble favoriser son apparition.

HISTORIQUE. — PATHOGÉNIE

L'érythème noueux était considéré au milieu du siècle dernier comme une manifestation rhumatismale, en raison peut-être des arthralgies qui l'accompagnent si fréquemment.

Sans l'influence des découvertes pasteurienues, on en fit une entité morbide à microbe inconnu, mais supposé spécifique.

On en fit enfin un syndrome d'intoxication microbienne ou toxiniennne.

Lévy Fränkel l'observe dans un cas de phlegmon diffus. Wahran prétend que la syphilis peut être facteur d'érythème noueux et que le traitement hydrargyrique donnerait contre lui des résultats curatifs complets.

Chauffard et Mlle Leconte en 1915 observent chez un malade atteint de syphilides papuleuses, une poussée d'érythème noueux réactivée à trois reprises différentes par des injections fortes de novo-arsenobenzol. Mais en raison de la négativité du Wassermann et de la cuti-réaction positive, ils admettent plutôt l'infection bacillaire réactivée par le novo-

arsenobenzol au niveau de téguments fragilisés par une première poussée.

La tuberculose est, en effet, sinon le seul, du moins le facteur le plus fréquent de l'érythème noueux.

Trousseau remarque au cours de méningites tuberculeuses des taches semblant reproduire les caractères du nodules érythémateux.

Les cliniciens, à la fin du siècle dernier, pressentent cette nature bacillaire. Lailler, Cœhne, Schmitz, Baumler, Uffelmann en rapportent des observations. Landouzy et Poncet la signalent.

Nous chercherons à démontrer cette nature bacillaire de l'érythème noueux, en rappelant toutes les recherches expérimentales faites à ce sujet et par l'appoint de nos observations.

RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES BACTÉRIOLOGIQUES ET EXPÉRIMENTALES

Toutes les recherches anatomo-pathologiques, bactériologiques et réactions à la tuberculose ont été depuis mises en œuvres pour la recherche de la pathogénie bacillaire de l'érythème noueux.

Landouzy, en 1907, expose à Reims les rapports de l'érythème noueux et de la tuberculose à l'occasion d'un malade qui meurt deux mois après un érythème noueux de bacillémie à localisations multiples décelées par l'autopsie.

Pons, en 1905, reproduit dans sa thèse des planches histologiques d'une coupe de nodule, dans lesquelles on voit une cellule géante entourée de nombreuses cellules épithélioïdes. Aucune autre découverte semblable n'a pu être faite, mais les travaux de Poncet sur la tuberculose inflammatoire et de Gougerot sur les tuberculoses cutanées non folliculaires prouvent qu'il existe des lésions cutanées d'origine tuberculeuse, sans follicules de Kœster. L'érythème noueux serait une dermatose de cette espèce. Gougerot (1908) inocule la tuberculose à des cobayes par frottis sur peau épilée de lésions cuta-

nées non folliculaires. Il appelle ces dermatoses « tuberculides » ou mieux « tuberculose cutanée atypique ». Il suppose de plus que les tuberculides pourraient être engendrés chez l'homme et par l'infection sanguine par des bacilles de virulence atténuée et par l'inoculation à la peau de bacilles virulents.

Landouzy, Gougerot et Salins (10) reproduisent de même expérimentalement des arthrites bacillaires. Or, nous le savons, des arthralgies accompagnent souvent l'érythème noueux. C'est en raison de ce rapport qu'il nous semble intéressant de mentionner cette nature bacillaire de polyarthrites survenant en dehors de toute autre détermination tuberculeuse.

Landouzy, en 1913, fait l'examen histologique d'un nodule d'érythème noueux et y trouve les lésions histologiques que nous avons décrites au chapitre II, sans follicules de Kœster. Il inocule d'autre part, au cobaye, un fragment du nodule écrasé et constate soixante-dix jours après, au point d'inoculation, un chancre regorgeant de bacilles de Koch. Il trouve de plus un bacille de Koch dans la lumière d'un vaisseau. Nous y reviendrons plus loin.

Hildebrandt, en 1907, avait inoculé à deux cobayes 5 centimètres cubes de sang d'un malade atteint d'érythème noueux et avait observé la tuberculisation des animaux.

Dans un même ordre de faits, Gutman (1917), trouve du bacille de Koch dans le sang circulant d'un malade atteint de douleurs rhumatoïdes avec érup-

tion nodulaire indurée et fièvre à grandes oscillations.

Courmont et Savy ont utilisé la méthode d'Arloing et Courmont pour le diagnostic de la tuberculose et ont constaté dans le sang de malades atteints d'érythème noueux la présence d'anticorps tuberculeux.

Les réactions à la tuberculine ont fourni un appoint important à l'étude des rapports qui nous intéressent.

Lévy Fränkel, en 1908, rapporte 5 cas d'érythème noueux avec ophtalmo-réaction positive. De même, Shenk, sur 63 ophtalmo-réactions pratiquées sur des sujets non tuberculeux cliniquement, obtient 9 réactions positives, dont 1 chez un malade atteint d'érythème noueux.

La cuti-réaction par scarification fut mise en œuvre en 1908 par Marfan et Oppert qui concluent à l'existence d'un foyer bacillaire chez tous les sujets qui réagissent à la cuti-réaction.

Seuls les tuberculeux cachectiques ou granuliques peuvent ne pas réagir à la tuberculine. Or, sur 6 cas d'érythème noueux dont deux seulement présentant des signes de tuberculose, Marfan obtient 6 cuti-réactions positives et très fortes.

Chauffard et Troisier en 1908 utilisent l'intra-dermo-réaction et reproduisent par cette injection à la face profonde du derme d'une goutte de solution de tuberculine au 1/1000, le nodule de l'érythème

nouveaux. Une injection d'eau salée pratiquée chez le même sujet reste sans résultat.

Mais Thibierge et Gastinel objectent qu'ils ont obtenu par l'intra-dermo-réaction chez des malades atteints de diverses dermatoses les lésions préexistantes. Ils prétendent obtenir les mêmes résultats avec de l'eau salée ou du sérum antidiphthérique, admettant ainsi une sensibilisation spéciale du tégument.

Ces critiques furent battues en brèche par Chauffard et Troisier qui n'ont obtenu aucune réaction par injection d'eau salée ou de toxine typhique et par Barbier et Lian qui pratiquent chez une même fillette atteinte d'érythème nouveau une injection de sérum anti-méningococcique, une injection de sérum antidiphthérique et trois injections de tuberculine dont l'une proche des lésions érythémateuses. La fillette ne réagit pas aux deux injections de sérum. Elle réagit au contraire aux trois injections de tuberculine, mais seule l'injection proche des nouures préexistantes reproduit les caractères de cette lésion.

La nouure de l'érythème nouveau semble donc résulter du conflit du bacille de Koch avec les anticorps qu'il détermine en différents points de l'organisme.

Carnot obtient de même une réaction négative à la tuberculine loin des lésions érythémateuses et positives près d'elles.

Marfan obtient aussi des nodules indurés par

l'intra-dermo-réaction, mais les trouve moins nets que ceux obtenus par Chauffard et Troisier.

Lainiel-Lavastings, sur 41 intra-dermo-réactions, en obtient 11 avec nouures et observe que si les tuberculeux cachectiques ou granuliques peuvent ne pas réagir à la tuberculine, ce sont les sujets résistants qui ont des réactions nodulaires.

C'est l'opinion de Pruvost qui accorde une valeur pronostique à l'intra-dermo-réaction au point de vue résistance générale.

Récemment Netter signale la sensibilité toute spéciale que les malades atteints d'érythème noueux présentent à la tuberculine.

Avec la reproduction expérimentale des nodules de l'érythème noueux, on a recherché la réactivation d'une poussée préexistante par l'injection de tuberculine.

En 1908, Gougerot l'observe à l'occasion d'une injection de 0 gr. 002 de tuberculine.

Plus récemment Chauffard et Girard observent chez un malade convalescent d'érythème noueux avec arthralgies et fièvre, la reproduction de tout le syndrome à la suite d'une injection forte, par erreur, de tuberculine. Ils rapprochent cette observation de celle que nous avons citée au chapitre III, publiée par Chauffard et Mlle Leconte au sujet de la triple réactivation d'un érythème noueux chez un syphilitique à l'occasion chaque fois d'une injection de novo-arsenobenzol. Chez ce malade lors de la troi-

sième réactivation, le Wassermann étant négatif et la cuti-réaction positive. Chauffard conclut à la nature bacillaire de cet érythème, les téguments étant restés fragilisés après la première poussée.

Landouzy a enfin, en 1913, trouvé un bacille de Koch dans la lumière d'un vaisseau au niveau d'un nodule érythémateux.

Gutman le retrouve dans les mêmes conditions.

Tout récemment, notre camarade Leinberger, interne des Hôpitaux de Nantes, trouve dans la sérosité extraite par scarification d'un nodule d'érythème nouveaux trois bacilles acido-résistants, tout semblables au bacille de Koch.

Voici cette observation qu'il a bien voulu nous communiquer, fort intéressante aux points de vue clinique et bactériologique.

Il s'agit d'une femme bien portante jusqu'en 1918, sans antécédents morbides. Mariée et mère de deux enfants bien portants.

En octobre 1918, elle est appelée à soigner une tante atteinte de tuberculose pulmonaire et morte un mois après, soit en novembre 1918.

Depuis cette date la malade est sujette aux rhumes, éprouve des frissons, se plaint de sueurs nocturnes et s'amai-grit.

Le 9 janvier 1920 elle est prise de fièvre sans localisation.

Le 16, se déclare un érythème nouveau des bras et des jambes pour lequel elle entre à l'hôpital.

L'éruption érythémateuse est caractéristique, nodulaire et pourprée. Elle disparaît au bout d'une dizaine de jours, mais laisse un état général mauvais avec diarrhée. L'amaigrissement s'accroît, si bien que la malade est encore hospitalisée actuellement (mars 1920).

Par scarification et aspiration Leinberger extrait de l'un des nodules que présentait la malade quelques gouttes de sérosité. Les préparations, sur lame, furent traitées par le Ziehl Fränkel. L'une d'elles, décèle au milieu de lymphocytes 3 bacilles acido-résistants, ayant tous les caractères morphologiques du bacille de Koch. L'inoculation au cobaye n'a, malheureusement, pu être faite.

Tous les travaux de laboratoire confirment donc la nature bacillaire de l'érythème noueux et en font une lésion provenant de la lutte du bacille de Koch ou de ses toxines et des anticorps développés en certains points de l'organisme par leur présence.

La nouure provoquée par l'intra-dermo-réaction chez des sujets résistants nous semble d'autre part, en rapport avec ce fait clinique que l'érythème noueux est fréquemment la première manifestation bacillaire.

Certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle prépondérant au système nerveux dans la production de l'érythème noueux.

Pons vit après une injection de tuberculine survenir des phénomènes nerveux intenses, puis un érythème noueux.

Lévy-Frænkel signale chez les malades atteints d'érythème noueux, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et pense que l'éruption pourrait être un mode de réaction à un processus infectieux ou toxique ayant touché l'axe médullaire.

Sézary se demande de même, si l'érythème noueux ne serait pas l'expression d'un syndrome méningé fruste, d'origine bacillaire.

Mais la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien est banale pour Hutinel dans tous les érythèmes et les infections en général, chez les jeunes sujets, du moins.

Il semble d'ailleurs que les travaux que nous avons cités démontrent les relations directes des bacilles ou de la toxine avec la lésion nodulaire, et nous croyons avec Marfan que le système nerveux ne peut guère jouer un rôle que dans la localisation de la lésion, volontiers symétrique, avons-nous dit.

C'est une contribution clinique que nous cherchons à apporter à toutes les démonstrations expérimentales que nous venons de rapporter, et nous allons énumérer les observations qui en sont la base.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — F. P..., vingt ans. S. M.

Erythème noueux suivi deux mois après de pleurésie séreuse.

Nièce de tuberculeux du côté paternel.

Un de ses frères, vivant avec elle, fait depuis, un mal de Pott dorso-lombaire, guéri par ponction et injection d'éther iodoformée.

Actuellement bien portante.

Obs. 2, 3. — F. B..., trente-cinq ans. M.

Erythème noueux en 1910. Dacryocystite en 1918.

Actuellement bien portante.

Fille actuellement atteinte de tuberculose pulmonaire cavitaire.

A perdu deux frères de tuberculose pulmonaire.

Son fils, neuf ans, habitant avec elle, chétif. Erythème noueux des deux jambes en septembre 1919.

Obs. 4, 5, 6, 7. — F. B..., trente ans. M.

Erythème noueux suivi trois mois après de pleurésie séreuse.

Morte de tuberculose pulmonaire en 1911.

Mari mort deux ans après, dans la même maison de tuberculose pulmonaire.

Mère, âgée de soixante-quinze ans, atteinte depuis plusieurs années d'abcès bacillaires sous-cutanés multiples, puis d'un vaste abcès froid de la cuisse.

Sœur F. M..., S. M. fait un érythème noueux en novembre 1911, une pleurésie séreuse en 1914, meurt en 1915 de tuberculose pulmonaire.

Neveu, treize ans, c'est-à-dire le fils de la femme M..., fait un érythème noueux en mai 1915, alors que sa mère était alitée pour tuberculose pulmonaire, dont elle mourait quelques mois après.

Sa voisine (cour et puits commun) F. P..., seize ans, fait un érythème noueux au début 1908, suivi en novembre de pleurésie sèche, puis de péritonite tuberculeuse en 1909, guérie par laparotomie.

Elle meurt cachectique en 1915.

Cette femme P... a perdu en 1908 dans la maison qu'elle habite, une tante maternelle de granulie. Trois cousins germains ont des manifestations tuberculeuses osseuses et ganglionnaires. L'un d'eux meurt d'un mal de Pott avec abcès ossifluents infectés.

Obs. 8. — F. P..., trente-huit ans. B.

Erythème noueux en mai 1910. Pleurésie séreuse en septembre.

En 1912, embarras gastrique fébrile suspect.

En mars 1914, chapelet ganglionnaire cervical et sus-claviculaire gauche.

Actuellement bien portante.

Obs. 9. — G. P..., vingt-cinq ans. S. M.

Erythème noueux en 1908, suivi de pleurésie sèche et adénites cervicales.

Nouvelle adénite cervicale en 1917.

Frère atteint de mal de Pott aux armées.

Obs. 10. — G. P..., vingt et un ans. S. E.

Pleurésie gauche, août 1908. Erythème noueux en septembre.

Sœur (vingt-sept ans) atteinte en 1919 de tuberculose pulmonaire actuellement en évolution.

Neveu âgé de dix ans fait en 1919 une pleurésie.

Obs. 11. — G. L..., vingt ans.

Réformé du service militaire.

Erythème noueux, avril 1914 suivi la même année de pleurésie séreuse, puis de péritonite tuberculeuse.

Mort cachectique en 1915.

Obs. 12. — F. T..., dix-sept ans. L. M.

Erythème noueux en janvier 1913, après son entrée comme domestique dans une maison où évoluent plusieurs cas de tuberculose pulmonaire.

Obs. 13. — F. B..., vingt-sept ans. M.

Erythème noueux en août 1915. Frère mort de tuberculose pulmonaire deux mois avant.

Obs. 14. — F. B..., douze ans. M.

Erythème noueux en octobre 1915. Ni antécédents personnels, ni familiaux. Vit, comme domestique, dans une maison dont le patron est en pleine tuberculose pulmonaire et où est morte en 1914, une fillette de méningite tuberculeuse.

Obs. 15. — G. C..., dix-sept ans. S. M. C.

Erythème noueux en octobre 1915.

Mère atteinte de tuberculose pulmonaire, à laquelle elle

succombe juste au moment de l'apparition de l'érythème noueux chez son fils.

Deux sœurs mortes, depuis, dans la même maison de tuberculose pulmonaire.

Obs. 16, 17. — G. P..., huit ans. M.

Erythème noueux des deux jambes en décembre 1915 chez sa nourrice. Son frère aîné meurt chez la même nourrice au début de 1919 de tuberculose pulmonaire.

Dans cette même maison, petite et sombre, un fils de cette nourrice est revenu en septembre 1915 de l'Hôtel-Dieu de Nantes et porte à l'abdomen dans la fosse iliaque droite une plaie fistuleuse résultant d'une laparatomie faite pour une soi-disant appendicite, en réalité une péritonite tuberculeuse, et qui nécessite chaque jour un pansement. Ces pansements sont faits par la mère qui prépare aussi les aliments de toute la famille (deux nourrissons, son fils et elle).

Cette femme R..., quarante-trois ans, fait elle-même en janvier 1919 un érythème noueux confluent des bras et des jambes.

Obs. 18. — F. F..., M.

Erythème noueux sans antécédents bacillaires, personnels familiaux ou d'entourage.

Actuellement bien portante.

Obs. 19. — T. E..., quatorze ans. S. E.

Erythème noueux des deux jambes. A eu, dans son enfance, ainsi que sa sœur des kératites pustuleuses à répétition. Deux cousins germains ont eu les mêmes accidents oculaires avec otites chroniques, adénites cervicales et pleurésies.

Aujourd'hui bien portante.

Obs. 20. — F. D..., cinq ans, réfugiée.

Erythème noueux des jambes et des bras en avril 1916.

Depuis un mois, sa mère a une bronchite grippale, suspecte avec localisation au sommet droit.

Deux sœurs de sa mère mortes de tuberculose pulmonaire,

Cinq frères et sœurs bien portants.

Bien portante depuis.

Obs. 21. — F. R..., quarante-cinq ans. S. E.

Erythème noueux en avril 1916. Bien portante depuis.

Deux frères atteints de pleurésie à vingt ans.

Obs. 22. — F. J..., trente-six ans. M.

Erythème noueux discret des deux jambes en mai 1916.

Hydarthrose du genou droit en janvier même année. A perdu dans la maison qu'elle habite une fillette de trois ans de bronchopneumonie tuberculeuse en 1914.

Obs. 23. — F. M..., quinze ans. P.

Erythème noueux des deux jambes en mai 1916. Bien portante depuis.

Habite avec un frère atteint de tuberculose pulmonaire à laquelle il a succombé depuis.

Obs. 24. — F. G..., quinze ans. P.

Erythème noueux des jambes et des bras en décembre 1916.

Oncle maternel mort de tuberculose pulmonaire dans la même maison, mais longtemps avant. Oncle paternel atteint de pyélonéphrite bacillaire.

Obs. 25. — F. F..., trente ans. S. E.

Erythème noueux des deux jambes en février 1917.

Un frère, plus jeune, atteint de coxalgie à quinze ans.

Obs. 26. — F. G..., cinquante-six ans. L. G.

Erythème noueux des deux mains suivi à un mois d'intervalle d'adénites suppurées de l'aisselle droite.

Actuellement bien portante.

Obs. 27. — F. C..., quinze ans.

Erythème noueux des deux jambes en avril 1917.

Grand-père maternel et tante maternelle morts de tuberculose pulmonaire.

Obs. 28, 29. — F. V... S. C.

Erythème noueux des deux jambes en avril 1917.

Mari atteint en juillet 1916 d'une arthrite bacillaire suppurée de l'articulation. Sterno-claviculaire droite, guérie seulement en avril 1917.

Sa fille, vingt-trois ans, fait un érythème noueux en juillet 1917.

Obs. 30. — F. B..., dix ans. S. E.

Erythème noueux des bras et des jambes en avril 1917.

Habite une maison où deux de ses oncles paternels sont morts tuberculeux.

Actuellement bien portante.

Obs. 31. — F. G..., vingt-deux ans. L. G.

Chloro-anémique depuis sept ou huit ans.

Erythème noueux des deux jambes en avril 1917, avec amaigrissement. Reste chloro-anémique.

Obs. 32. — F. M..., vingt-trois ans. S. E.

Erythème noueux des mains et des pieds en août 1917.

Mère morte en 1903 de tuberculose pulmonaire. Père mort de tuberculose pulmonaire fin 1919, tous dans la même

chambre qu'elle habite encore. Actuellement bien portante.

Obs. 33. — F. G..., trente-six ans. M.

Erythème noueux des bras et des jambes en septembre 1917.

Pleurésie sèche en décembre même année.

Hydarthrose du genou, il y a cinq ans.

Souffre actuellement de douleurs articulaires.

Habite une maison humide et sombre, où est morte, il y a dix ans, une tuberculeuse pulmonaire.

Obs. 34. — F. G... P.

Erythème noueux des bras et des jambes en novembre 1917.

Premier mari mort en 1900, à trente-six ans de tuberculose pulmonaire dans la maison qu'elle habite encore avec son second mari.

Frère mort en 1909 de tuberculose pulmonaire.

Actuellement bien portante.

Obs. 35. — F. F..., vingt-quatre ans. S. E.

Erythème noueux des deux jambes en décembre 1917.

Mère morte un mois avant dans la même maison de tuberculose pulmonaire.

Obs. 36. — G. B..., neuf ans. L. G.

Erythème noueux des deux jambes en décembre 1917.

Ni antécédents, ni entourage actuel bacillaires, mais il y a quatre ans, un cousin atteint de tuberculose pulmonaire a habité pendant six mois la même maison.

Obs. 37, 38. — F. C..., soixante-deux ans et V. C..., sa fille, trente ans. M.

Erythème noueux simultané et généralisé avec fièvre et douleurs articulaires en février 1918.

Le mari de la jeune femme est mort de méningite tuberculeuse en 1916, dans la même maison, après avoir fait pleurésie et péritonite tuberculeuse avec ascite.

Actuellement bien portante.

Obs. 39. — F. V..., huit ans, réfugiée.

Erythème noueux des deux jambes en mai 1918. Fièvre persistante, après la disparition de l'érythème.

Antécédents inconnus.

Vit dans un hôpital, où sont soignés des tuberculeux.
Actuellement bien portante.

Obs. 40. — F. L..., dix-huit ans. M.

Erythème noueux des deux jambes en mai 1918.

Tempérament lymphatique. Bien portante.

Obs. 41. — F. S..., cinquante ans. M.

Erythème noueux des deux jambes en mai 1918. Actuellement bien portante. Neveu n'habitant pas avec elle mort de tuberculose pulmonaire.

Obs. 42. — F. B..., trente-huit ans. M.

Erythème noueux des deux jambes en mai 1918.

Frère atteint d'adénites cervicales chroniques.

Belle-sœur morte en 1915 à trente ans, de tuberculose pulmonaire dans la même maison et soignée par elle. Actuellement bien portante.

Obs. 43. — G. G..., quinze ans. M.

Erythème noueux des deux jambes en mai 1919. Actuellement bien portant.

Mère atteinte il y a cinq ans d'un abcès froid costal qui durerait encore il y a deux ans.

Obs. 44. — F. B..., vingt-six ans. B. C.

Erythème noueux des deux jambes en septembre 1919.
Femme chétive, mais sans antécédents bacillaires.

Habite une maison où est mort un an avant un tuberculeux pulmonaire.

Obs. 45. — F. R..., vingt-cinq ans. P.

Erythème noueux des deux jambes en novembre 1919.
Bien portante.

Milieu et entourage indemnes de bacillose.

Mère aurait eu à vingt ans un érythème semblable.

Cousin germain mort à vingt ans de mal de Pott.

Obs. 46. — F. G..., quarante-deux ans. P.

Erythème noueux discret, mais à larges nodosités des deux genoux en janvier 1920. A eu une poussée semblable en 1917. Femme chétive ayant eu des ongles incarnés.

Mère morte de tuberculose pulmonaire.

Fils soldat a eu une pleurésie en 1919.

Chétive mais bien portante.

Obs. 47. — F. M..., vingt-cinq ans. B. C.

Erythème noueux confluent des deux jambes en janvier 1920.

Ni antécédents, ni entourage suspect.

Bien portante.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Il nous semble utile de faire ressortir d'abord que nos 47 observations et 17 autres consignées dans la thèse de Mabire, représentent tous les cas d'érythème noueux observés depuis 1900 dans une clientèle rurale active. Il n'a été fait aucun choix basé sur des rapports plus au moins nets de l'érythème noueux et de la tuberculose. Cette façon de procéder ne conviendrait pas, croyons-nous. Une vue d'ensemble, nous semble, au contraire, nécessaire et très favorable à la démonstration clinique des rapports de l'érythème et de la tuberculose qui ressortent de nos observations.

Aucune autre infection, avant, pendant ou après l'éruption ne semble pouvoir être mise en cause. La syphilis invoquée, par certains auteurs n'a pu être relevée dans aucun cas. C'est une infection plus rare d'ailleurs à la campagne qu'à la ville, avant les perturbations, du moins que la guerre apporta aux conditions d'existence.

Nous ne voyons guère que les observations 18, 40, 47, où manquent les manifestations, antécédents ou milieux bacillaires que nous trouvons dans toutes

les autres. La dernière est d'ailleurs toute récente et si les antécédents bacillaires manquent, il serait un peu hâtif de conclure qu'aucune manifestation bacillaire ne pourra suivre la poussée d'érythème.

Dans les observations 41 et 45, les rapports de l'éruption et de la bacilliose sont, croyons-nous insuffisamment démontrés, puisque les seuls antécédents relevés ne sont dans un cas qu'un mal de Pott chez un cousin germain n'habitant pas avec la malade, dans l'autre une tuberculose pulmonaire, chez un neveu n'habitant pas avec le sujet.

Au contraire de ces cinq observations, nous trouvons dans toutes les autres, soit 42, des rapports étroits entre l'érythème noueux et la tuberculose, à l'exclusion de toute autre infection.

1° L'érythème est précédé de manifestations bacillaires, une pleurésie séreuse (Obs. 10), des kératites à répétition (obs. 19), et une choro-anémie, masque que revêt souvent la tuberculose (obs. 31). Mabire signale un érythème noueux précédé de synovite fongueuse des deux poignets.

2° Bien plus souvent les manifestations bacillaires sont postérieures à l'éruption. Celle que nous relevons comme la plus fréquente est la pleurésie séreuse (obs. 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 33), suivie de deux cas de péritonite bacillaire (obs. 7, 11), de deux autres de tuberculose pulmonaire, à évolution plus ou moins rapide (obs. 4, 5). Ces quatre cas sont suivis de mort.

Puis, nous relevons deux adénites cervicales

(obs. 8, 9), et une adénite axillaire bacillaire (obs. 26).

Si nous ne retrouvons chez les autres malades aucune manifestation bacillaire antérieure ou postérieure à l'éruption, nous trouvons chez eux les antécédents familiaux les plus nets.

Mais, si l'hérédité bacillaire peut être incriminée, le contagé direct par la co-habitation familiale ou domestique, si intime à la campagne nous semble présenter beaucoup plus d'intérêt.

Nous le relevons dans presque tous les cas. Il n'existe pas pour les malades des observations 24 et 27. En raison pourtant de la parenté proche, il peut être suspecté dans un milieu rural où les membres d'une même famille ne quittent guère la région et se voient fréquemment.

Les malades des observations 1, 2, 4, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 23, 25, 32 vivent avec des parents ou patrons atteints de manifestations bacillaires. Certains les soignent et ont toute chance, malgré les conseils médicaux suivis ou pas, d'être infectées par du pus d'abcès froid, d'arthrite ou crachats de tuberculeux pulmonaires.

Nous insistons sur cette intimité de la vie rurale et de l'ignorance de l'hygiène chez le campagnard, malgré les efforts médicaux et administratifs.

Les sujets des observations 22, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, habitent des maisons (à chambre unique souvent) où sont morts des tuberculeux pulmonaires, et la désinfection des locaux est généralement un mythe.

La petite malade de l'observation 39 vit dans un milieu hospitalier, éminemment infecté.

Nous relevons enfin, et ils sont intéressants, plusieurs cas d'érythème noueux dans les mêmes familles, soit à quelques temps d'intervalles, dans le même milieu, soit simultanément.

Dans l'observation 2, 3 ce sont une mère et un fils vivant tous deux avec une fille et sœur atteinte de tuberculose pulmonaire.

Dans l'observation 4, 5, 6, 7, une femme et sa voisine (cours et puits commun) font un érythème noueux.

L'éruption de la première est suivie de manifestations bacillaires dont elle meurt. Sa sœur fait un érythème noueux suivi de tuberculose pulmonaire dont elle meurt aussi. Le fils de celle-ci fait un érythème noueux.

La seconde fait après son éruption, une péritonite bacillaire et meurt cachectique.

Ainsi 4 cas dans un même milieu.

L'observation 28, 29 est celle d'une femme, soignant son mari d'arthrite bacillaire et de sa fille qui fait un érythème noueux, quatre mois après sa mère.

Une autre femme et sa fille (obs. 37, 38) font en même temps un érythème noueux dans une maison où le mari de cette dernière a succombé, deux ans avant, à une méningite bacillaire après pleurésie et péritonite.

Nous avons enfin, dans l'observation 16, 17, un milieu éminemment infecté de tuberculose.

C'est une maison petite et sombre où vivent quatre personnes : un jeune tuberculeux pulmonaire qui y meurt. Un adolescent y est pansé chaque jour d'une plaie fistuleuse consécutive à une laparotomie pour péritonite bacillaire. Un troisième enfant fait un érythème noueux. La mère et nourrice (de l'assistance publique) infirmière et cuisinière de la famille fait un érythème noueux.

Dans nos observations, nous ne relevons pas les rapports parfois décrits entre l'érythème noueux et la méningite bacillaire. Nous croyons donc, comme nous le disions dans un autre chapitre que le système nerveux ne peut guère jouer un rôle que sur la localisation de l'éruption nodulaire.

Nous croyons bien plutôt à l'action directe du bacille ou de sa toxine en conflit avec les anticorps qu'ils déterminent. La lésion inflammatoire qui en résulte serait en rapport avec la résistance du sujet. Les résultats fournis par l'intra-dermo-réaction appuient ce fait, qui pourrait être aussi en rapport avec l'observation clinique de l'érythème noueux, si souvent première manifestation de la tuberculose.

En définitive, nous faisons avec Landouzy de l'érythème noueux la manifestation la plus fréquente d'une septicémie bacillaire larvée.

Nous concluerons donc.

CONCLUSIONS

1° L'érythème noueux est, dans la plupart des cas, un syndrome de septicémie bacillaire ;

2° Il survient dans des milieux infectés par la tuberculose ;

3° Il est fréquemment suivi d'autres manifestations bacillaires ;

4° Il peut être considéré comme un signe avant-coureur de la tuberculose.

Vu : le Président de la thèse,
MARCEL LABBÉ

Vu le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Alamartine.* — Gaz. des Hôpitaux, 18 juin 1912.
- Barbier et Lian.* — Soc. méd. des Hôp., 7 avril 1909.
- Baumler.* — Arch. für Klin. Med, t. X, 1892, p. 106.
- Besredka et Manoukhine.* — De la réaction de fixation chez les tuberculeux (Annales Inst. Pasteur, juin 1914).
- Braye.* — Thèse de Paris, 12-13.
- Carnot.* — Bull. Soc. méd. Hôp., 6 mai 1909.
- Chauffard et Troisier.* — Bull. Soc. méd. Hôp., 6 mai 1907.
- Bull. Soc. méd. Hôp., 15 janvier 1909.
- Bull. Soc. méd. Hôp., 30 avril 1909.
- Chauffard et Lecomte (Mlle).* — Annales de médecine, 6 décembre 1915.
- Chauffard et Girard.* — Académie de Médecine, 18 février 1919.
- Courmont, Saoy-Charlet.* — Lyon médical, 1911.
- Ferrand.* — Thèse de Paris, 1908.
- Gaucher.* — Maladies de la peau (Tr. Méd. Brouardel-Gilbert, 1909).
- Gaucher et Nattan.* — Société Franç. de Dermatologie, janvier 1908.
- Gougerot.* — Thèse de Paris, 1908.
- Tuberculose folliculaire atypique (Revue tub., octobre 1908).
- Gougerot et Laroche.* — Archives de Méd. expérimentale et d'anatomie pathologique, septembre 1908, p. 581-623.
- Gazette des Hôpitaux, 27 janvier 1912.

- Gueit.* — Erythème noueux et syphilis (Gaz. Hôp., 6 juin 1912).
- Gutmann.* — Paris médical, 19 mai 1917.
- Hildebrandt.* — Munch. Med. Woche, février 1907.
- Hoffmann.* — Deutsche Med. Woche, 1904.
- Hutinel.* — Archives de Médecine, septembre 1892.
— Revue de la tuberculose, 1895, p. 25.
— Académie de Médecine, 20 octobre 1908.
— Presse médicale, 27 mars 1909.
- Jacquerot.* — Revue de la Suisse romande (Presse méd., 26 octobre 1916).
- Journal médical français*, 15 août 1913.
- Laffitte.* — Thèse de Toulouse, 1908-1909.
- Lainiel-Lavastine.* — Bull. Soc. méd. Hôp., 22 janvier 1909.
- Landouzy.* — Soc. méd. Hôp., 1886, p. 169.
— Revue de Médecine, 1888.
— Revue de Médecine, 1891.
— Revue de Médecine, 1887, p. 383.
— Congrès de l'association pour l'avancement des sciences. Reims, 1907, t. I, p. 337.
— Rapport à la IX^e Conférence internat. contre la tub. Bruxelles, 1910.
— Académie de Médecine, 18 novembre 1913.
- Landouzy, Gougerot et Salins.* — Revue de Médecine, 1910.
- Landouzy et Labbé.* — Traité Méd. Brouardel-Gilbert, t. VIII (chap. pleurésie).
- Landouzy et Lœderich.* — Bull. Acad. Méd., 28 juillet 1908.
- Leriche et Dor.* — Gaz. Hôp., 9 décembre 1913.
- Lévy-Frænkel.* — Revue de la tub., octobre 1908.
- Mallein.* — Thèse Paris, 1909-1910.
- Mabire.* — Thèse Paris, 1913-1914.
- Marfan.* — Presse méd., 26 juin 1909.
- Mantoux.* — Académie des Sciences, 10 août 1908.
- Netter.* — Soc. méd. Hôp., 21 décembre 1917.
- Œhme.* — Arch. der Heilk., XVIII, 1877.
- Pehu.* — Arch. de Méd. des enfants, t. XI, juillet 1912.
- Perel (Mlle).* — Thèse Paris, 1909-1910.

- Pirquet (von)*. — Bull. Soc. méd. Hôp., 18 décembre 1908.
Pic. — Lyon médical, 1911.
Poncet. — Acad. Méd., 15 juillet 1902.
— Lyon médical, 26 avril 1903.
Poncet et Leriche. — Acad. Méd., 1905.
— La tuberculose inflammatoire. Paris, 1912.
Pons. — Thèse Lyon, 1905-1906.
Pruvost. — Bull. Soc. méd. Hôp., 2 mai 1919.
Schamaün. — Thèse Paris, 1897.
Shenk. — Deut. Med. Woche., janvier 1908.
Schmitz. — Wiener Med. Blätter, 1887.
Sezary. — Soc. Biologie, juillet 1911.
— Gaz. Hôpitaux, 25 janvier 1912.
Sorel. — Arch. Méd. Toulouse, juin 1909.
Terson. — Bull. Soc. belge ophtalm., 1912, n°331.
Thibierge. — Bull. Soc. méd. Hôp., 2 février 1906.
Thibierge et Gastinel. — Bull. Soc. méd. Hôp., 23 avril 1909.
Trousseau. — Clin. méd. Hôtel-Dieu, t. I.
Uffelmänn. — Deut. Arch. f. Klin. Med., t. X, 1872.
Vahran. — Soc. de Biologie, 3 février 1917.

